

Pensamiento Psicológico, Vol. 6, N°13, 2009, pp. 49-68

Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático

Francisco Javier Labrador⁵ y Rocío Fernández Velasco
Universidad Complutense de Madrid - Madrid (España)
Paulina Paz Rincón González
Universidad de Concepción - Concepción (Chile)

Recibido: 11/03/09

Aceptado: 30/06/09

Resumen

El objetivo de esta investigación es evaluar la eficacia de un tratamiento breve e individual del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en mujeres víctimas de pareja. Participaron 20 mujeres víctimas de malos tratos por su pareja, todas con diagnóstico de TEPT (DSM-IV-TR). El tratamiento, aplicado en formato individual, consta de ocho sesiones, incluyendo psicoeducación, entrenamiento en control de la activación, terapia cognitiva y terapia de exposición. Se utilizó un diseño cuasiexperimental de medidas repetidas (en el pretratamiento, postratamiento y seguimientos). En el postratamiento se consigue una mejora significativa en la sintomatología postraumática (superación del TEPT en más del 80% de las participantes) y en los problemas asociados: depresión, autoestima, inadaptación social y cogniciones postraumáticas. Mejorías que se mantienen, e incluso, se incrementan en el seguimiento a seis meses.

Palabras clave: trastorno de estrés postraumático, mujeres maltratadas, terapia cognitiva, terapia de exposición.

Abstract

The aim of this research is to evaluate the effectiveness of a brief and specific treatment of the Post-traumatic Stress Disorder (PSD) in women victims of domestic violence. The participants were 20 battered women, all of whom fulfilled the PSD diagnosis (DSM-IV-TR). The treatment, individually applied, consists of eight sessions and it includes psycho-education, training for the activation control, cognitive therapy and exposure therapy. A quasi-experimental design of repeated measures was used (pre-treatment, post-treatment and 6 month follow-up). The results at the post-treatment stage showed a significant improvement for the PSD symptoms (80% of the women no longer fulfilled the PSD criteria). Also, they presented significant improvements in other symptoms: depression, self-esteem, social adaptation problems, and posttraumatic beliefs. At the six month follow-up these improvements remained constant, and even increased.

Key words: post-traumatic stress disorder, women victims of domestic violence, battered women, cognitive therapy; exposure therapy.

⁵ Dirección de correspondencia: e-mail: labrador@correo.cop.es

Resumo

O objetivo desta investigação é avaliar a eficácia de um tratamento breve e individual do transtorno de stress pós-traumático (TEPT) em mulheres vítimas de casal. Participaram 20 mulheres vítimas de maus tratos pelo seu casal, todas com diagnóstico de TEPT (DSM-IV-TR). O tratamento, aplicado em formato individual, consta de oito sessões, incluindo psicoeducação, treinamento em controle da ativação, terapia cognitiva e terapia de exposição. Se utilizou um design cuaseexperimental de medidas repetidas (no pre-tratamiento, pós-tratamiento e seguimentos). No pós-tratamiento se consegue uma melhora significativa na sintomatologia post-traumática (superação do TEPT em mais de 80% das participantes) e nos problemas associados: Depressão, auto-estima, inadaptação social e cognições pós-traumáticas. Melhorias que se mantêm e inclusive se aumentam no seguimento a seis meses.

Palavras chave: transtorno de stress pós-traumático, mulheres maltratadas, terapia cognitiva, terapia de exposição.

Introducción

La violencia doméstica se define como:

“Un patrón de conductas abusivas que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y/o psicológico (normalmente se presentan de manera combinada) y que es ejercido por una persona en contra de otra, en el contexto de una relación íntima, con el objeto de ganar o mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre ella” (Walker, 1999, p. 23).

En la inmensa mayoría de los casos esta violencia es ejercida por el hombre sobre la mujer. Es difícil conocer la prevalencia de este problema, pues con frecuencia se mantiene oculto, aunque hay acuerdo en considerar que este grave problema social afecta a todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo económico o democrático. No obstante, algunos datos pueden ayudar a poner de relieve su importancia. La Organización Mundial de la Salud (OMS), a partir de una revisión de 48 encuestas de población llevadas a cabo en diversos países, encontró que entre un 10% y un 69% de las mujeres había sido víctima de malos tratos físicos en algún momento de su vida (Krug et al. 2002). La Asociación Médica Americana estima que un 25% de las mujeres sufre violencia doméstica al menos una vez en su vida (American Psychological Association, 1999). En España se estima que la violencia doméstica afecta a alrededor del 20% de las mujeres (Fontanil et al. 2005; Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2006). En la

encuesta telefónica realizada en España por el Instituto de la Mujer (2006) sobre más de 20.500 mujeres, el 3.6% reconoció haber sido víctima de malos tratos por su pareja o ex-pareja en el último año y el 9.6% de las encuestadas, muchas sin conciencia de ello, cumplía las condiciones para ser considerada “técnicamente” como maltratada.

Los efectos negativos sobre las víctimas, tanto físicos como psicológicos, son desgraciadamente frecuentes e importantes. Con respecto a los primeros, aunque se pueden encontrar en las mujeres maltratadas todo tipo de lesiones, y éstas son lo que más llama la atención, son los trastornos funcionales (colon irritable, trastornos gastrointestinales, dolor crónico, etc.), los problemas más frecuentes e importantes. Los efectos psicológicos, sin duda son más habituales y desadaptativos, entre ellos los síntomas depresivos, sentimientos de ineficacia, hiperactivación, problemas de autoestima, pensamientos de culpa o distorsiones cognitivas (Taylor, Magnusem y Amundson, 2001). Si nos centramos en cuadros psicopatológicos, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), ansiedad, depresión, disfunciones sexuales, abuso y dependencia de sustancias acompañan con frecuencia a la violencia de doméstica. De todos ellos, el TEPT es el que mejor caracteriza las consecuencias psicológicas que sufren estas mujeres, (Dutton, 1992; Labrador et al. 2004; Rincón, Labrador, Arinero y Crespo. 2004), tanto por el tipo de sintomatología que presentan

(reexperimentación, hiperactivación y evitación), como por la frecuencia con que aparece. De acuerdo con el metanálisis de Golding (1999), la prevalencia estimada del TEPT en mujeres víctimas de violencia doméstica oscila entre el 31 y el 84.4 %, con una media ponderada de 63.8%.

Aunque el DSM-IV-TR incluye el TEPT como un único diagnóstico, la sintomatología que prevalece en cada caso depende mucho del tipo de trauma al que se ha expuesto la persona. Es evidente que no debe ser lo mismo el tipo de síntomas que presenta una persona víctima de un accidente de coche o una catástrofe natural, que suelen ser eventos aislados y anómalos en su vida, a la situación de violencia doméstica, desgraciadamente algo cotidiano y reiterado. Se pueden señalar, de acuerdo con Labrador y Alonso (2007), algunas de las características específicas del TEPT en mujeres maltratadas, que exigirían, en consecuencia, un abordaje o tratamiento específico para este tipo de TEPT. Entre ellas:

- El curso crónico y la reiteración de la violencia.
- El hogar deja de ser un lugar seguro, aumentando la percepción de vulnerabilidad e inminencia de nuevas agresiones.
- La vivencia de la violencia doméstica como un fracaso personal, al afectar la relación de pareja y familia, lo que provoca sentimientos de culpa y pérdida de autoestima en la víctima.
- El aislamiento personal y la pérdida de muchas de las actividades gratificantes.
- El sentimiento de indefensión, al no haber una solución clara para escapar de esta violencia. Abandonar al agresor no es una panacea.
- El recurso a soluciones de afrontamiento inadecuadas (consumo de alcohol y drogas, reclusión...) ante la falta de alternativas de acción eficaces.
- La desorganización que provoca en distintas áreas de la vida: abandono del hogar, de los amigos, del trabajo, de los lugares habituales, etc., lo que provoca una grave

inadaptación a nivel social y la pérdida de importantes redes de apoyo.

Por otro lado, en el caso de las víctimas de violencia doméstica, además del TEPT suelen aparecer toda otra serie de síntomas o trastornos (culpabilización, depresión, pérdida de autoestima...), a la vez que un cambio dramático en sus condiciones de vida (abandono del hogar, ocultación para no ser detectada, pérdida de redes de apoyo social, sobrecarga de tareas, penuria económica...). Esto se traduce con frecuencia en un grave nivel de inadaptación a las diferentes áreas de la vida (familia, ocio, trabajo, aspectos afectivos...).

En consecuencia, y sin perder de vista que los tratamientos que se consideran de elección para el TEPT por haber obtenido apoyo empírico, son la terapia de exposición, el entrenamiento en inoculación de estrés y la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares (Chambless et al. 1998; Foa, Davidson y Frances, 1999; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003), parece necesario desarrollar programas de tratamiento específicos adecuados a las características de estas víctimas, en especial para el grave nivel de inadaptación señalado.

En la actualidad hay un cierto acuerdo sobre las características que debe tener la intervención en víctimas de violencia doméstica, que incluye:

1. La necesidad de que, además de tratar el propio TEPT, sean abordados los síntomas concomitantes más frecuentes, como síntomas depresivos, pérdida de autoestima, sentimientos de culpa y problemas de adaptación social y personal.
2. La importancia de seleccionar programas de intervención que respondan a un marco teórico sólido, y utilicen técnicas que han demostrado empíricamente su eficacia para este problema.
3. La conveniencia de una intervención psicológica breve, que logre un alivio rápido del malestar y facilite la readaptación a la sociedad de estas mujeres.

4. La importancia de evaluar de forma empírica la eficacia de estos programas.

No obstante, no son muchos los programas de intervención para reducir la sintomatología de TEPT en mujeres maltratadas y, menos aun los evaluados de manera rigurosa (Colosetti y Thyer, 2000; Cox y Stoltenberg, 1991; Echeburúa, Corral, Sarasua, y Zubizarreta, 1996; Kubany, Hill, Owens, Ianne-Spencer, McCaig y Tremayne, 2004; Labrador y Alonso, 2005, 2007; Labrador y Rincón, 2002; Mancoske, Standifer y Cauley, 1994; Rincón y Labrador, 2004; Schlee, Heyman y O'Leary, 1998; Tutty, Bidgood y Rothery, 1993).

Partiendo de estas consideraciones, así como de los desarrollos teóricos al respecto, en especial el modelo biproceso de Brewin, Dalgleish y Joseph (1996), se trabajó en el desarrollo y contrastación de un programa de intervención breve y eficaz para víctimas de maltrato doméstico que sufren TEPT. Este programa, desarrollado inicialmente por Labrador y Rincón (2002), se caracteriza por: 1) incluir las técnicas que han demostrado ser eficaces para este problema (psicoeducación, control de la activación, terapia cognitiva y terapia de exposición, 2) ser un programa breve (8 sesiones de 90 minutos), que no exija demasiado tiempo a mujeres que han de readaptarse de manera urgente a una nueva forma de vida, 3) poder llevarse a cabo en el medio habitual en el que las víctimas piden asistencia, y 4) ser un tratamiento grupal, que facilite la creación de redes de apoyo social en las pacientes, a la vez que disminuye los costos.

Este programa ha sido contrastado en diversos trabajos de investigación (Labrador y Alonso, 2005 y 2007; Labrador y Rincón, 2002; Rincón, 2004; Rincón, Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2006;), con resultados muy positivos, no sólo en el postratamiento (los valores oscilaban por encima del 85% de éxito en la superación del TEP), sino también en los seguimientos a 1, 3, 6 y 12 meses, manteniéndose sin TEPT más del 80% de las participantes un año después de finalizado el

tratamiento. También producía importantes reducciones en la sintomatología en las variables concomitantes evaluadas (depresión, autoestima, inadaptación a la vida cotidiana, y cogniciones postraumáticas).

No obstante, en todos los casos el programa se aplicó de forma grupal. Esto supuso no poder atender a algunas mujeres, que bien por problemas personales no parecía indicado el tratamiento en grupo, o bien por no disponer de los períodos de tiempo en los que se llevaba a cabo el tratamiento de grupo. Sería interesante constatar si este programa, adaptado para su utilización en formato individual, obtiene unos niveles de eficacia similares.

Éste es el objetivo del presente trabajo, adaptar el programa de tratamiento de Labrador y Rincón (2002) para su aplicación de manera individual y comprobar la eficacia inmediata (al postratamiento) de éste. Para proceder en momentos posteriores, a la evaluación de sus efectos a medio y largo plazo.

Método

Participantes

La muestra estuvo constituida por 20 mujeres que demandaban asistencia psicológica por ser o haber sido víctimas de maltrato (físico, sexual y/o psicológico) en su relación de pareja. Los criterios de inclusión fueron: a) ser mujer víctima de maltrato doméstico y b) cumplir criterios DSM-IV-TR (APA, 2000) para diagnóstico de trastorno de estrés postraumático. Los criterios de exclusión fueron: a) diagnóstico actual o previo de trastorno mental orgánico o psicosis según criterio DSM-IV-TR, b) inmediata y clara posibilidad de suicidio, c) abuso de alcohol o drogas, y d) estar en algún tipo de terapia para este problema en el momento del estudio.

Instrumentos

Material utilizado en las evaluaciones:

- Entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato doméstico (Labrador y Rincón, 2002). Dirigida a recoger, además de los datos personales, información relevante a antecedentes sociodemográficos, historia

del problema de violencia doméstica, consumo de sustancias adictivas y trastornos de ansiedad.

- Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997). Es una escala de evaluación heteroaplicada, a modo de entrevista estructurada, que sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés postraumático según criterios diagnósticos DSM-IV. La escala ha sido validada en población española, con muestra de pacientes y de población normal de 175 y 463 sujetos, respectivamente. El coeficiente de fiabilidad test-retest es de 0,89 ($p < 0,001$) y el índice de consistencia interna, obtenido mediante el coeficiente alfa de Cronbach, en el conjunto total de sujetos, es de 0,92.
- Inventario de depresión de Beck (BDI). (Adaptación de Vázquez y Sanz, 1997). Se utilizó la versión autoaplicada de 21 ítems, traducida al castellano por Vázquez (Vázquez y Sanz, 1997). Cada ítem está compuesto por cuatro alternativas, ordenadas de menor a mayor gravedad (de 0 a 3 puntos), frente a las que el sujeto debe elegir la frase que se aproxime más a cómo se ha sentido durante la última semana. En relación con sus características psicométricas, la fiabilidad, medida como consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach, es alta, 0,90; en relación con la validez, como ésta depende del propósito, se puede afirmar que el BDI es un instrumento válido para detectar y cuantificar síntomas depresivos en pacientes.
- Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV. Version Clínica (SCID-I) (Spitzer y Williams, 1999). Aplicación del módulo F para evaluar la presencia de otro trastorno de ansiedad.
- Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965, citado en Echeburúa y Corral, 1998). Tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala de tipo Likert. El rango del cuestionario es de 10 a 40, cuanto mayor es la puntuación, mayor es la autoestima del sujeto. La fiabilidad test-retest es de 0.85 con estudiantes universitarios, siendo la validez convergente y discriminante también satisfactoria: 0.67 con el Kelly Repertory Test, 0.83 con el Health Self-Image Questionnaire y 0.56 con evaluaciones de autoestima del entrevistador (Zubizarreta et al. 1994).
- Escala de inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Es una escala tipo Likert que cuenta con seis ítems, con una gradación de 0 (nada) a 5 (muchísimo), que evalúa en qué medida el problema del sujeto afecta a diferentes áreas de su vida cotidiana, como trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y convivencia familiar, junto con una valoración global. El rango de la escala total es 0 a 30, cuanto mayor es la puntuación, mayor es la inadaptación, proponiéndose como punto de corte 12, en la escala total, y 2 en cada subescala o ítem. La escala ha sido validada en población española, con una muestra clínica de 222 pacientes aquejados de cuadros clínicos diversos y con una muestra normativa de 100 sujetos. El índice de consistencia interna, obtenido mediante el coeficiente alfa de Cronbach, en el conjunto total de sujetos, es de 0,94.
- Inventario de cogniciones postraumáticas (Foa et al. 1999b). Es una escala tipo Likert que cuenta con 36 ítems, con una gradación de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo), que sirve para evaluar pensamientos y creencias relacionados con el trauma. Consta de tres subescalas que miden cogniciones negativas acerca de sí mismo, cogniciones negativas acerca del mundo y autopunición. La escala fue validada en una muestra de 601 voluntarios norteamericanos, de los que 392 habían experimentado eventos traumáticos y 170 de ellos habían desarrollado trastorno

de estrés postraumático. Ha sido traducida para esta investigación.

Material utilizado en el tratamiento:

- Para evaluar el efecto que percibía cada participante, tras cada una de las sesiones, se aplicó la Escala de cambio percibido de Rincón (2004).
- Para medir el comportamiento de las participantes en terapia se realizaron dos registros: de asistencia a sesión y de cumplimiento de tareas.
- Una grabadora de audio por participante para grabar la exposición en sesión y su posterior uso en casa.
- Material psicoeducativo, que incluía: trípticos sobre las características y curso de la violencia, sobre autoestima y hojas informativas acerca de la ansiedad y entrenamiento en respiración.

Diseño

Diseño cuasiexperimental de dos grupos con medidas repetidas al pretratamiento y post-tratamiento, en que sólo para la condición experimental hay evaluaciones de seguimiento.

- a) Grupo de tratamiento.
- b) Grupo de lista de espera sin tratamiento.

Variable independiente:

Programa de tratamiento de Labrador y Rincón (2002), adaptado a una aplicación individual. Consta de 8 sesiones de 60 minutos de duración con los siguientes componentes: Psicoeducación, entrenamiento en control de la respiración, detención de pensamiento, reestructuración cognitiva, solución de problemas y terapia de exposición (Véase Tabla 1).

Variables dependientes:

- 1) Variables de adhesión al tratamiento:
 - Número de sesiones a las que se asiste.
 - Tareas cumplidas del total de tareas asignadas para casa.
- 2) Variables clínicas referidas al TEPT:
 - Puntuación global en la escala de TEPT.

- Puntuación en la escala de reexperimentación.
- Puntuación en la escala de evitación.
- Puntuación en la escala de hiperactivación.

3) Variables concomitantes:

- Puntuación en la escala de depresión.
- Puntuación en la escala de ansiedad.
- Puntuaciones en la escala de inadaptación.
- Puntuación en la escala de cogniciones postraumáticas.

Procedimiento

Captación de las participantes:

Las participantes fueron derivadas por diferentes servicios de la Comunidad de Madrid: Servicio de Atención a la Víctima del Decanato Plaza de Castilla de Madrid, Oficina de Atención a la Víctima de los Juzgados de Primera Instancia de Coslada, Oficina de Atención a la Víctima de los Juzgados de Primera Instancia de Móstoles, Centro Municipal de la Mujer dependiente de la Concejalía de la Mujer del Ayuntamiento de Leganés y Concejalía de la Mujer del Ayuntamiento de Collado-Villalba.

Tanto la evaluación, como la intervención y los seguimientos fueron llevados a cabo bien en la Facultad de Psicología de la UCM, bien en las dependencias facilitadas por las propias instituciones. La terapeuta fue mujer y la misma en todos los casos.

Evaluación pretratamiento:

Se realizó en una sesión individual de 90 minutos, en la que se aplicó la batería de evaluación señalada. Si la participante cumplía los criterios de inclusión y aceptaba participar en el tratamiento, se le explicaba las características de éste y se establecía el horario del tratamiento.

Tratamiento:

Se aplicó el programa de intervención indicado en formato individual. La duración del programa es de ocho sesiones de 60 minutos de duración cada una, con una frecuencia semanal (Véase Tabla 1).

Evaluación postratamiento y seguimientos:

Concluido el tratamiento, se realizaron las evaluaciones correspondientes, utilizando los mismos instrumentos que en la evaluación pretratamiento.

En el grupo control de lista de espera se tomaron dos medidas de evaluación, la primera, en el pretratamiento, y la segunda, tras un

intervalo temporal de duración aproximada al desarrollo del tratamiento completo (2 meses), que sirvió como una segunda medida pretratamiento, posteriormente se procedió a su tratamiento.

Se realizaron seguimientos a los 6 meses de concluido el tratamiento.

Tabla 1. Resumen del programa de tratamiento (en la mitad de las participantes se cambió el orden de las sesiones, de forma que tras la 1ª se pasó a las sesiones de exposición -6ª, 7ª y 8ª, continuándose después con la 2ª, 3ª, 4ª y 5ª)

Sesión	Contenido	Tareas
1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecimiento de normas de trabajo. ▪ Explicación del problema. ▪ Explicación de los objetivos del tratamiento. ▪ Explicación de los conceptos de ciclo y escalada de violencia. ▪ Entrenamiento en control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Ejercitar control de la respiración. ✍ Registrar síntomas de reexperimentación.
2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas. ▪ Detención de pensamiento. ▪ Control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Ejercitar detención de pensamiento. ✍ Completar hojas A-B-C. ✍ Ejercitar control de la respiración.
3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas. ▪ Reevaluación cognitiva. ▪ Control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Leer material autoestima. ✍ Realizar actividades gratificantes. ✍ Completar hojas A-B-C-D. ✍ Identificar y registrar situaciones problemáticas. ✍ Ejercitar control de la respiración.
4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas. ▪ Reevaluación cognitiva. ▪ Solución de problemas. ▪ Control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Identificar, registrar y definir situaciones problemáticas. ✍ Leer material acerca de solución de problemas. ✍ Realizar actividades gratificantes. ✍ Ejercitar control de la respiración.
5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas. ▪ Solución de problemas. ▪ Control de la respiración 	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Identificar y registrar situaciones problemáticas y solucionar un problema diario. ✍ Registrar síntomas de reexperimentación. ✍ Ejercitar control de la respiración.
6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas. ▪ Exposición. ▪ Control de la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Realizar autoexposición en imaginación. ✍ Registrar situaciones evitadas. ✍ Ejercitar control de la respiración.
7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas. ▪ Exposición. ▪ Control de la respiración 	<ul style="list-style-type: none"> ✍ Realizar autoexposición en imaginación. ✍ Realizar autoexposición en vivo. ✍ Ejercitar control de la respiración.
8	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de tareas. ▪ Exposición. 	

Resultados

Características de las muestras

En análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS (versión 11.0).

Para el análisis de las variables sociodemográficas, historia del maltrato y variables clínicas, comparando los grupos experimental y control, se utilizaron pruebas de t-student (variables continuas) y Chi-cuadrado de Pearson (variables categoriales).

Características sociodemográficas:

En la Tabla 2 se pueden ver las características sociodemográficas de los dos grupos. En general, son mujeres jóvenes (35 años), la mayoría no convive ya con el agresor (70%), tiene al menos estudios primarios (80%), se considera de clase social media (80%) y está activa laboralmente (80%).

Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra:
Análisis de equivalencia para el grupo de tratamiento y grupo control

Variables	Grupo de tratamiento N = 10 M (DT)	Grupo control N = 10 M (DT)	Prueba t o CHI- cuadrado (gl, N)
Edad	36 (12,5)	34 (11,68)	-,51 (18, 20) n.s.
Estado civil (porcentajes)			
Soltera	30%	30%	
Casada	10%	10%	4,00 (3, 20) n.s.
Conviviente	0%	30%	
Trámites separación/ separada/ divorciada	60%	30%	
Nivel educacional (porcentajes)			
Primarios incompletos	0%	20%	
Primarios completos	40%	50%	3,61 (3, 20) n.s.
Secundarios	50%	30%	
Universitarios	10%	0%	
Clase social subjetiva (porcentajes)			
Baja	0%	0%	
Media-baja	40%	0%	5,00 (1, 20) n.s.
Media	60%	100%	
Media-alta	0%	0%	
Alta	0%	0%	
Ocupación actual (porcentajes)			
Sector servicios	50%	60%	
Sector administrativo	30%	0%	4,09 (4, 20) ns.s
Ama de casa	10%	10%	
Desempleada	10%	30%	
Número de hijos	1,6 (1,17)	1,1 (1)	-1,02 (18, 20) n.s.
Fuente de derivación (porcentajes)			
Plaza Castilla	20%	20%	
Coslada	30%	0%	5,33 (4, 20) n.s.
Móstoles	10%	10%	
Leganés	20%	60%	
Collado-Villalba	20%	10%	

Nota: n.s. = no significativa

Características del maltrato:

En la Tabla 3 se pueden ver las características del maltrato. En general, la mayoría ha sufrido maltrato físico (70%), la duración del maltrato es larga (7,6 años) y la frecuencia elevada (75% a diario), ha interpuesto más de una denuncia por maltrato (3,25%), ha abandonado alguna

vez el hogar (60%), ha recibido atención médica (40%) y psicológica (55%). Destaca el que no es frecuente que hayan experimentado maltrato previamente, con otras parejas o en su familia de origen, y sobretodo el alto nivel de apoyo social (65%), familiar (75%) y legal (80%) que informan haber tenido.

Tabla 3. Características de la historia de violencia doméstica de la muestra:
Análisis de equivalencia para el grupo de tratamiento y grupo control

Variables	Grupo de tratamiento N = 10	Grupo control N = 10	Prueba t o Chi- cuadrado (gl, N)
Tipo de maltrato			
Psicológico	20%	40%	2,57 (2, 20) n.s.
Físico y psicológico	40%	50%	
Físico, psicológico y sexual	40%	10%	
Duración del maltrato			
En años	7,4 (5,9)	7,8 (9,2)	,11 (18, 20) n.s.
1 año	10%	30%	5,00 (4, 20) n.s.
2-5 años	40%	40%	
6-10 años	20%	0%	
11-15 años	20%	0%	
15- en adelante	10%	30%	
Frecuencia del maltrato			
En último mes			
A diario	90%	60%	2,40 (1, 20) n.s.
2 veces por semana	10%	40%	
Denuncias interpuestas	3,4 (3,2)	3 (4,4)	-,20 (14, 16) n.s.
Denuncias retiradas	0,2 (0,4)	0 (0)	-1,14 (14, 16) n.s.
Abandono del hogar	1,5 (1,38)	1,43 (0,5)	-,12 (11, 15) n.s.
Asistencia médica por lesiones (número asistencias)	2,5 (0,7)	1,75 (0,95)	-,96 (4, 6) n.s.
Asistencia psicológica y/o psiquiátrica			
Si	30%	80%	5,05 (1, 20) n.s.
No	70%	20%	
Maltrato previo			
Si	20%	20%	,00 (1, 20) n.s.
No	80%	80%	
Maltrato previo en familia de origen			,22 (1, 20) n.s.
Si	30%	40%	
No	70%	60%	
Maltrato a los hijos			
Si	70%	50%	,83 (1, 20) n.s.
No	30%	50%	
Tipo de maltrato			
Presenciado	40%	30%	4,94 (2, 12) n.s.
Psicológico	0%	20%	
Físico	30%	0%	

Apoyo social			
Si	60%	90%	
No	40%	10%	1,97 (1, 20) n.s.
Apoyo familiar			
Si	50%	80%	2,40 (1, 20) n.s.
No	50%	20%	
Apoyo legal			1,25 (1, 20) n.s.
Si	70%	90%	
No	30%	10%	

Características clínicas:

Destacan las altas puntuaciones en TEPT, tanto en la valoración global (punto de corte para diagnóstico de TEPT: 15) como en cada una de las escalas (puntos de corte de las subescalas: reexperimentación-5-, evitación

-6- e hiperactivación - 4-). El resto de las puntuaciones referidas a variables concomitantes al TEPT también son en general muy elevadas, señalando la alta afectación psicopatológica de las muestras estudiadas (véase Tabla 4).

Tabla 4. Características clínicas: Análisis de equivalencia para el grupo de tratamiento y grupo control

Medida	Grupo de tratamiento N= 10 M (d.t.)	Grupo control N=10 M (d.t.)	Prueba t
Tept: escala global	33,9 (7,86)	32,7 (8,11)	-,33 (18, 20) n.s.
Tept: escala reexperimentación	11,9 (3,31)	9,6 (2,45)	-1,76 (18, 20) n.s.
Tept: escala evitación	12,2 (4,15)	12,2 (3,88)	,00 (18, 20) n.s.
Tept: escala hiperactivación	10,8 (3,2)	10,9 (3,6)	,65 (18, 20) n.s.
Inventario de depresión	26,7 (10,93)	29,8 (10,92)	,63 (18, 20) n.s.
Escala de autoestima	24,8 (3,99)	23,6 (4,81)	-,60 (18, 20) n.s.
Escala de inadaptación	21,3 (5,01)	21,4 (5,12)	,44 (18, 20) n.s.
Trabajo (0-5)	2,81 (1,03)	3,2 (0,91)	,89 (18, 20) n.s.
Vida social (0-5)	3,4 (1,17)	3,5 (1,26)	,18 (18, 20) n.s.
Tiempo libre (0-5)	3,9 (1,37)	3,9 (0,99)	,00 (18, 20) n.s.
Relación de pareja (0-5)	4 (1,33)	4,2 (1,13)	,36 (18, 20) n.s.
Vida familiar (0-5)	3 (1,76)	2,4 (1,83)	-,74 (18, 20)
Global (0-5)	4,2 (0,63)	4,2 (0,79)	n.s.
Inventario de cogniciones postraumáticas	14,64 (3,16)	14,38 (3,66)	-,10 (18, 20)
Cogniciones negativas acerca de sí mismo	4,1 (1,39)	4,9 (1,14)	n.s.
Cogniciones negativas acerca del mundo	5,38 (1,38)	5,44 (1,26)	1,40 (18, 20)
Autopunición	4,94 (1,62)	4,04 (2,15)	n.s.
Existencia otros trastornos de ansiedad:			,10 (18, 20) n.s.
Sí	40%	40%	1,05 (18, 20) n.s.
			Chi-cuadrado ,00 (1,20) n.s.

En el análisis de datos con los valores en el pretratamiento no aparecieron diferencias significativas entre el grupo de tratamiento y control en ninguna de las siguientes variables:

- Variables demográficas (Véase Tabla 2).
- Variables de la historia de maltrato (véase Tabla 3).
- Variables clínicas (Véase Tabla 4).

Eficacia del tratamiento

1. Adherencia al tratamiento:

De las 10 personas del grupo de tratamiento dos no finalizaron el tratamiento. Una de ellas abandonó el tratamiento debido a la alta respuesta de activación que le provocó la primera sesión de exposición. La otra fue excluida del grupo de tratamiento debido a que faltó a dos sesiones sin avisar ni causa justificada.

2. Diferencias postratamiento:

Para evaluar los cambios producidos en la sintomatología postraumática y concomitante en el postratamiento y seguimientos se llevaron a

cabo Anovas (2*2). (Tratamiento - control y prepostratamiento). Cuando los análisis revelaron este efecto de interacción, se realizaron pruebas *t* posteriores de medidas independientes o de medidas repetidas para determinar el significado de dicha interacción.

TEPT: con respecto al efecto del tratamiento del TEPT, los resultados del Anova (2x2) mostraron un efecto significativo para la variable momento de evaluación (intrasujeto) [$F(1,16)=58,77$, con $p < 0,001$] y para el factor tratamiento [$F(1,16)=11,89$, con $p < 0,003$], así como para la interacción entre el momento de evaluación y el tipo de tratamiento [$F(1,16)=46,05$, con $p < 0,001$]. Es decir, las participantes han disminuido de manera significativa su sintomatología en TEPT, tanto en la puntuación global como en cada una de las escalas, mientras que no lo han hecho las participantes del grupo de control. Las diferencias en puntuaciones entre ambos grupos son todas ellas significativas (Véase Tabla 5).

Tabla 5. Resultados de las medidas de sintomatología del trastorno por estrés postraumático pre y postratamiento para el grupo de tratamiento y grupo control

Medida	Grupo de tratamiento N = 10 N = 8 M (d.t.)		Grupo control N = 10 N = 10 M (d.t.)		p de la prueba F para el efecto de interacción
	Pre	Post	Pre	Post	
Puntuación global	33,63 (6,16)	10,63 (5,9)	32,7 (8,11)	31,3 (6,86)	$p < 0,001$
Escala: reexperimentación	12,13 (3,35)	2,5 (1,85)	9,6 (2,46)	10,1 (1,37)	$p < 0,001$
Escala: evitación	12 (3,85)	3,88 (2,41)	12,2 (3,88)	11,7 (4,49)	$p < 0,001$
Escala: hiperactivación	10,75 (2,96)	4,5 (2,2)	10,9 (3,6)	9,5 (3,3)	$p < 0,006$

Variables concomitantes: como puede verse en la Tabla 6, en el análisis de las variables dependientes, los resultados del Anova (2x2) realizados sobre las medidas de depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas, revelaron un efecto significativo

para las variables depresión, autoestima, puntaje total de la escala de inadaptación, subescala de vida social de la escala de inadaptación y subescala de cogniciones negativas acerca de sí mismo en el inventario de cogniciones postraumáticas.

Tabla 6. Resultados de las medidas de variables de adaptación y sintomatología concomitante pre y postratamiento para el grupo de tratamiento y el grupo control

Medida	Grupo de tratamiento N = 10 N = 8 M (d.t.)		Grupo control N = 10 N = 10 M (d.t.)		p de la prueba F para el efecto de interacción
	Pre	Post	Pre	Post	
Inventario de depresión	23,63 (7,17)	11,13 (9,17)	29,8 (10,92)	30,2 (12,14)	0,01
Escala de autoestima	24 (4,1)	30,13 (3,6)	23,6 (4,81)	22 (3,62)	0,02
Escala de inadaptación	20,38 (4,5)	12,73 (7,17)	21,4 (5,12)	21,7 (6,03)	0,04
Trabajo	2,39 (0,54)	1,5 (1,3)	3,2 (0,92)	3,10 (1,52)	n.s.
Vida social	3,25 (1,16)	1,75 (1,28)	3,5 (1,27)	3,9 (1,1)	0,03
Tiempo libre	3,87 (1,46)	2,63 (1,92)	3,9 (0,99)	4 (1,15)	n.s.
Relación de pareja	4 (1,41)	3 (2,07)	4,2 (1,13)	4 (1,56)	n.s.
Vida familiar	2,88 (1,8)	1,5 (1,41)	2,4 (1,84)	3,2 (1,81)	n.s.
Global	4 (0,53)	2,25 (1,49)	4,2 (0,79)	3,5 (1,43)	n.s.
Inventario de cogniciones postraumáticas	14,31 (2,99)	9,62 (3,59)	14,38 (3,66)	14,19 (3,86)	n.s.
Cogniciones negativas acerca de sí mismo	3,85 (1,05)	2,53 (1,17)	4,9 (1,14)	4,73 (1,52)	0,03
Cogniciones negativas acerca del mundo	5,3 (1,53)	4,15 (1,76)	5,44 (1,26)	5,12 (1,43)	n.s.
Autopunición	5,01 (1,7)	2,9 (1,24)	4,04 (2,15)	4,34 (1,54)	n.s.

En resumen, en todas las puntuaciones del postratamiento del grupo de tratamiento aparecen mejoras significativas con respecto al pretratamiento. En el grupo de control no aparece ninguna diferencia significativa entre el pre y el post. No obstante, sólo las puntuaciones indicadas señalan que las mejoras obtenidas en las puntuaciones de grupo de tratamiento son

significativamente superiores a las del grupo de control.

3. Diferencias a los seis meses de seguimiento:

Para llevar a cabo este análisis se efectuó una prueba no paramétrica de rangos de Wilcoxon para muestras dependientes, comparando las evaluaciones de las participantes del grupo

experimental en el pretratamiento con las evaluaciones en el seguimiento realizado 6 meses después de concluido el tratamiento.

TEPT: con respecto a esta variable, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el

seguimiento llevado a cabo a los seis meses de haber concluido el tratamiento.

La Tabla 7 recoge las medias, desviaciones típicas y el estadístico de la prueba de Wilcoxon para las medidas de sintomatología postraumática, entre el pretratamiento y el seguimiento de seis meses.

Tabla 7. Medias, desviaciones típicas y estadístico de la prueba de Wilcoxon para las medidas de sintomatología del trastorno por estrés postraumático. Comparación pretratamiento y seguimiento de 6 meses para el grupo de tratamiento

Instrumentos de medida	Pretratamiento (N = 8)		Seguimiento de 6 meses (N = 8)		Z
	M	d.t.	M	d.t.	
Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático	33.63	6.16	7.25	3.15	-2.52*
• Subescala de síntomas de reexperimentación	12.13	3.36	2.38	1.60	-2.53*
• Subescala de síntomas de evitación	12.00	3.85	3.13	1.64	-2.52*
• Subescala de síntomas de aumento de activación	10.75	2.96	1.75	0.89	-2.53*

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$

** Nivel de significación $p < 0.01$

Variables concomitantes: como puede verse en la Tabla 8, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el seguimiento, llevado a cabo a los seis meses de haber concluido el tratamiento, en todas las medidas evaluadas.

La Tabla 8 recoge las medias, desviaciones típicas y el estadístico de la prueba de Wilcoxon para las medidas de depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas, entre el pretratamiento y el seguimiento de seis meses.

Tabla 8. Medias, desviaciones típicas y estadístico de la prueba de Wilcoxon para las medidas de variables de adaptación y sintomatología concomitante. Comparación pretratamiento y seguimiento de 6 meses para el grupo de tratamiento

Instrumentos de medida	Pretratamiento (N = 8)		Seguimiento de 6 meses (N = 8)		Z
	M	d.t.	M	d.t.	
BDI	23.63	7.17	8.13	4.32	-2.52*
Escala de autoestima	24.00	4.11	30.38	2.77	-2.26*
Escala de inadaptación	20.38	4.50	10.38	4.03	-2.54*
Inventario de cogniciones postraumáticas	14.31	2.99	8.50	1.94	-2.38*
• Cogniciones negativas acerca de sí mismo	3.85	1.06	2.35	0.80	-2.38*
• Cogniciones negativas acerca del mundo	5.30	1.54	3.68	1.22	-2.10*
• Autopunición	5.01	1.71	2.73	0.46	-2.38*

NOTA: * Nivel de significación $p < 0.05$

** Nivel de significación $p < 0.01$

4. Diferencias clínicas:

Además de tener en cuenta las diferencias obtenidas en las puntuaciones (diferencias estadísticas), deben considerarse los cambios clínicos. En ese sentido se ha de señalar que el 100% de las participantes, tanto del grupo experimental como del de control, presentan TEPT crónico en el pretratamiento. En el grupo de control el 100% (10 participantes), sigue presentando TEPT crónico en la segunda evaluación. En el grupo de tratamiento, el 80% (8 de las 10) de las participantes ha superado el TEPT y ya no cumple criterios para su diagnóstico, lo que se mantiene a los 6 meses de seguimiento. Las únicas que se consideran fracaso terapéutico fueron las dos participantes que no acabaron el tratamiento.

Discusión

Descripción de la muestra

Destaca la escasa representación de la clase baja o media-baja, así como el índice de mujeres laboralmente activas. Ello indicaría que se trata de un problema que afecta a cualquier estrato social y rompe el mito de que la mayoría de las mujeres víctimas de violencia doméstica tienen escasos recursos económicos y dependen en este sentido del agresor. Es decir, la violencia doméstica afecta de manera transversal a mujeres de todos los sectores sociales. Por otro lado, la muestra aquí evaluada solicita ayuda principalmente cuando ya ha abandonado al agresor.

Respecto a las características del maltrato, como en casi todas las muestras tratadas por nuestro equipo, destaca la alta duración promedio (7,5 años) y la alta frecuencia (75% cotidiano) del maltrato sufrido. Probablemente, esto esté señalando que sólo cuando el maltrato es muy intenso y duradero se “decide” la búsqueda de ayuda. Otros índices confirman la gravedad del problema que han vivido las participantes, una medida de 3.25 denuncias y 1,46 abandonos del hogar a causa del maltrato. Por otro lado, es de señalar cómo las consecuencias psicológicas se revelan en general como las más graves. El 55% ha recibido atención psicológica frente al 40% que ha recibido atención médica, datos que deben leerse a la luz del hecho de que es

mucho más fácil e inmediato solicitar u obtener ayuda médica que psicológica, en especial en el momento en que se inició esta investigación. Los índices de maltrato previo, tanto por otra pareja como en la familia, son relativamente bajos (20% y 35%), lo que contradice el mito, por otra parte ridículo, de que estas mujeres “tienen o hacen algo que facilita la agresión”. Los altos índices de apoyo social y familiar son también de destacar, lo que sin duda repercute positivamente en las posibilidades de resocialización o readaptación de estas víctimas. Sin embargo, los índices de maltrato a los hijos son muy elevados, aunque la mayor parte de éste corresponde al maltrato presenciado. Esto no quiere decir que haya que quitar valor a esa cifra, desgraciadamente es probable que el maltrato presenciado facilite un proceso de modelado para conductas de afrontamiento futuras cuando haya “problemas” intrafamiliares o de pareja.

En cuanto a las características psicopatológicas de las participantes de este estudio, todas las participantes cumplían criterios diagnósticos de TEPT crónico, destacando el alto nivel de intensidad de la sintomatología de TEPT experimentada en el momento de la evaluación pretratamiento (33,3 de media en la escala global del TEPT, cuando el punto de corte es 15). Estos datos son similares a los encontrados en otros trabajos y vuelven a insistir en el grave deterioro en que se encuentran las mujeres cuando acuden a buscar ayuda. En la misma dirección apuntan las puntuaciones en el resto de las variables evaluadas, en especial, dada su relevancia, las puntuaciones en el BDI y en la escala de inadaptación.

Este gran deterioro en todas las áreas evaluadas pone de relieve las dificultades que tienen para “organizar su vida”, para poder llevar a cabo una “vida normal”. También, y por lo mismo, la necesidad de una intervención breve que modifique de forma muy rápida su situación.

Eficacia del tratamiento

El programa de tratamiento, que ya había mostrado una alta eficacia cuando se aplicó en formato grupal, también ha presentado

resultados muy positivos en su aplicación en formato individual, en especial al considerar sus resultados a los seis meses de seguimiento.

Primero, sin duda, por lo que se refiere a la reducción del TEPT. Los valores medios obtenidos en la evaluación del TEPT se han reducido de forma drástica en el postratamiento, tanto en la puntuación global de la escala de TEPT, como en cada una de las escalas individuales. De hecho, ahora ni la media de la escala global ni las de las escalas específicas superan los valores de corte. Este cambio se refleja de forma más rotunda, incluso, al considerar el punto de vista clínico, todas las mujeres que han completado el tratamiento (8 de 10) han superado su TEPT. Dicho cambio no puede achacarse al paso del tiempo, pues en el grupo control, tras un período de tiempo igual, no se han producido cambios. Estas diferencias tan positivas se mantienen en el seguimiento llevado a cabo a los seis meses de concluida la terapia.

Es de destacar tanto la elevada eficacia del programa como la rapidez con se consiguen los cambios, sólo tras ocho sesiones de intervención, con resultados similares a los conseguido con el mismo programa aplicado de forma grupal, tanto en muestras españolas (Labrador y Alonso, 2005; Labrador y Rincón, 2002; Rincón, 2004; Rincón y Labrador, 2004), como en mexicanas (Labrador y Alonso, 2007).

También se han producido mejoras significativas en depresión y autoestima. De hecho, la reducción de 23,63 en el pretratamiento a 11,13 en el postratamiento y a 8,13 a los seis meses de seguimiento, en las puntuaciones promedio del BDI, supone un cambio muy significativo. Esto se traduce a nivel clínico en que de las 10 mujeres, en el pretratamiento, 0 presentaban ausencia de depresión, 1 depresión leve, 7 moderada y 1 grave. En el seguimiento de seis meses, 5 no presentan depresión y 3 depresión leve, 0 moderada y 0 depresión grave. Los resultados, aunque también positivos, no son tan espectaculares en autoestima, donde ha abandonado la categoría de autoestima baja a los 6 meses de seguimiento el 62.5% de las participantes que concluyeron la intervención.

Hay que señalar que estos cambios se han producido aunque el tratamiento está dirigido fundamentalmente a modificar el TEPT. Así, viene a reforzar la hipótesis que hemos defendido reiteradamente sobre el papel crucial del TEPT (o de la sintomatología postraumática en general en los casos que no llegan a cumplirse los criterios para el diagnóstico del TEPT), en el deterioro de la vida de estas personas. La presencia reiterada de reexperimentación y evitación, sin aparente control por parte de la víctima, e incluso con un incremento progresivo, en muchos casos no le permiten otra explicación a la víctima que la de que se está “volviendo loca” y que cada vez será peor. La constante hiperactivación, facilita la presencia de conductas de ira y cólera, cansancio y desgana cotidiana, además de dificultades para dormir y descansar en general, que le “confirman” que no tiene fuerzas para salir de su situación, que inexorablemente será peor.

En ese sentido queremos destacar la importancia de la primera sesión de psicoeducación, en especial la explicación del ciclo de violencia y del por qué de la sintomatología postraumática. A partir de este momento las mujeres tienen una explicación alternativa, lo que les pasa es “normal”, si se dan las condiciones en las que ellas se han visto inmersas, no es que se estén volviendo locas, y además es claro que puede hacer algo, incluso mucho, para mejorar, para controlar sus vidas. Ciertamente, luego tiene que hacerlo, pero ya la situación ha mejorado de forma importante, percibe otra situación y ve que puede hacer mucho por superar su problema.

Por lo que se refiere a la adaptación social, se ha constatado una mejoría significativa en las puntuaciones totales de la escala de inadaptación. Sin embargo, esta mejoría no aparece en algunas de las áreas evaluadas, en especial en las áreas de pareja, familia y tiempo libre, al postratamiento. Probablemente las dificultades de la situación en que aún se encuentra pueden explicar que esta mejoría no sea más rápida o intensa. Muchas mujeres se encuentran al postratamiento durante el proceso de abandono de la situación de violencia en el hogar, la gran

mayoría inmersas en procesos judiciales, lo que interfiere significativamente en el proceso de adaptación, teniendo que exponerse de forma continuada a una evaluación de la credibilidad de su testimonio, a encontrarse con el agresor y asumir los riesgos que esto conlleva, además de no poder reiniciar una nueva vida alejada completamente de los sucesos vividos. En otros casos, se añade la ausencia de una vivienda propia, ya que se encuentran en casas de emergencia de forma temporal o de familiares y/o amigos, lo que no les permite establecer unos patrones personales de adaptación. Por otro lado, suele haber problemas económicos asociados, que impiden disponer de recursos que facilitarían el ajuste cotidiano. Es lógico que en estas condiciones no tengan una opinión muy positiva sobre su vida en general y sobre su vida de pareja y familia en particular. Algo similar se puede decir con respecto al tiempo libre. No obstante, los resultados en general, incluso en esas áreas, cambian en la dirección deseada y es de esperar, como hemos obtenido en trabajos anteriores, una mejoría progresiva, aunque más lenta en estas variables (Labrador y Alonso, 2005, 2007; Labrador y Rincón, 2002; Rincón, 2004). No es previsible que se pueda producir un cambio en el nivel de adaptación social, especialmente grande, en un par de meses, en estas condiciones. Teniendo en cuenta que los datos del seguimiento a seis meses señalan que continúan mejorando todas las variables evaluadas, tanto por lo que hace referencia al TEPT, como a todas las variables concomitantes. Estos resultados no permiten suponer que, lo mismo que en trabajos anteriores, la mejoría en el TEPT y en depresión es muy intensa y rápida, mientras que la mejoría en las restantes variables, aunque importantes ya en el postratamiento, requieren de más tiempo, progresando de forma gradual pero constante.

Especial consideración requieren los cambios en cogniciones postraumáticas. Las escasas diferencias obtenidas entre el pre y postratamiento en el Inventario de cogniciones postraumáticas, también podrían explicarse por la mayor lentitud en el ritmo de cambio

a nivel cognitivo frente al conductual. No obstante, es de destacar que a los seis meses de concluida la intervención aparecen diferencias estadísticamente significativas en todas las medidas de cogniciones postraumáticas, esto es, ideas negativas hacia sí mismas, hacia el mundo y autopunición, además de la escala global, han ido mejorando después del tratamiento hasta alcanzar mejorar estadísticamente significativas.

Por otra parte, el tratamiento, además de eficaz, ha sido bien aceptado por las participantes. Si bien dos mujeres abandonan el tratamiento, los índices cuantitativos, como la adhesión al tratamiento, registrados a través del número de sesiones a las que estas mujeres asisten y del número de tareas que llevan a cabo entre las sesiones, indican lo importante que debe ser el programa para éstas, que a pesar de las dificultades por las que están atravesando (en su mayoría separadas, trabajan y deben hacerse cargo en solitario del cuidado de los hijos), presentan índices de cumplimiento muy elevados.

Así pues, puede afirmarse que el programa de tratamiento de Labrador y Rincón (2002), adaptado para su aplicación en formato individual, es eficaz para reducir la sintomatología del trastorno por estrés postraumático, mejorando significativamente los síntomas depresivos, la autoestima, la adaptación social y las cogniciones disfuncionales asociadas al trauma, mejorías que se mantienen e incluso se incrementan a los 6 meses de acabada la terapia. Es necesario destacar que estas diferencias son significativas a nivel clínico a pesar del reducido tamaño de la muestra.

En segundo lugar, respecto a su nivel de eficacia, los datos al postratamiento y a los 6 meses de seguimiento no son muy diferentes a los obtenidos con la aplicación grupal, manteniéndose en la franja del 80-90% de eficacia.

De otro lado, sería interesante, y en ello estamos, obtener los datos con seguimientos de al menos 12 meses, que nos permitieran ver cómo siguen evolucionando estas mejorías. De

hecho, se esperaría que en algunos casos las mejorías fueran más lentas que en el tratamiento en grupo, en especial las referidas a la adaptación social, por el hecho de que con el tratamiento en grupo desde el inicio se comienza a crear una nueva red social. Probablemente, el hecho de que las participantes en este estudio hayan tenido una buena red de apoyo social, como aparecía en la descripción de la muestra, puede haber compensado la falta de compañeras de tratamiento. De forma que, al menos desde un punto de vista teórico, sería preferible la aplicación de este programa en grupo. Pero, desde el punto de vista práctico, sin duda el programa individual puede ser aplicado en más casos y con más urgencia que el de grupo, además de que algunas mujeres nunca se implicarían en un grupo. Posiblemente sea una solución interesante, cuando se utilice este programa individual, complementar este tratamiento con sesiones de grupo, aunque no fueran necesariamente de tratamiento, con el objetivo de desarrollar una red social que facilite una nueva adaptación a su entorno.

En resumen, se ha conseguido una adecuada adaptación del programa, demostrado la eficacia del mismo, desde una propuesta previa para un formato grupal, al individual.

Finalmente, es de destacar el uso de un grupo de control de lista de espera que se toma de las pacientes que van a participar en un programa de tratamiento grupal mientras no ha podido conformarse el grupo. En ese sentido, se evitan los problemas éticos de dejar sin tratamiento a una persona necesitada, a la vez que permite obtener medidas de referencia externa de la eficacia del tratamiento en comparación con el mero paso del tiempo.

Limitaciones del estudio

La característica fundamental de este trabajo es ser un estudio exploratorio para comprobar la eficacia de un programa que ya ha demostrado, en su formato de grupo, unos muy buenos resultados terapéuticos. Ciertamente, el tamaño de la muestra es reducido, pero el objetivo principal era comprobar que podía funcionar

tan bien como el grupal y que los cambios ya mostrados se mantienen en un período de al menos seis meses de acabada la terapia. Los resultados parecen apuntar en esta dirección, lo que señala que es rentable trabajar en su puesta a punto y la necesidad de continuar con estudios de más amplio calado (muestras mayores y seguimientos al menos a 12 meses).

Referencias

- American Psychological Association (1999). *Resolution of Male Violence against Women*. Recuperado el 5 mayo, 2005, de <http://www.apa.org/pi/wpo/maleviol.html>
- Brewin, C., Dalgleish, T. y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 4, 670-686.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D.A.F., Johnson, S.B., McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A. y Woody, S.R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 1, 3-16.
- Colosetti, S. y Thyer, B.A. (2000). The relative effectiveness of EMDR versus relaxation training with battered women prisoners. *Behavior Modification*, 24, 5, 719-739.
- Cox, J. y Stoltenberg, C. (1991). Evaluation of a treatment program for battered wives. *Journal of Family Violence*, 6, 4, 395-413.
- Dutton, M.A. (1992). *Empowering and healing the battered woman: A model of assessment and intervention*. Nueva York: Springer.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y modificación de conducta*, 23, 503-523.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI):

- Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y modificación de conducta*, 26, 325-340.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y modificación de conducta*, 22, 627-654.
- Foa, E. B., Davidson, J. R. T. y Frances, A. (1999) The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, supplement 16.
- Foa, E.B, Ehler, A., Clark, D.M., Tolin, D.F. y Orsillo, S.M. (1999b). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 3, 303-314.
- Fontanil, Y., Ezama, E., Fernández, R., Gil, P., Herrero, F. y Paz, D. (2005). Prevalencia de maltrato de pareja contra las mujeres. *Psicothema*, 7, 1, 90-95.
- Golding, J.M. (1999). Intimate partner violence as risk factor for mental disorder: A mental analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- Instituto de la Mujer (2006). *Macroencuesta "Violencia contra las mujeres"*. Recuperado el 8 julio, 2009, de <http://www.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/index.htm#violencia>
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. y Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Ginebra: World Health Organization.
- Kubany, E., Hill, E., Owens, J., Ianne-Spencer, C., McCaig, M.A. y Tremayne, K.J. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1, 3-18.
- Labrador, F. J. y Alonso, E. (2005). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: un programa de intervención breve y específico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 76/77, 47-65.
- Labrador, F. J. y Alonso, E. (2007). Evaluación de la eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres mexicanas víctimas de violencia doméstica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 117-130.
- Labrador, F. J.; Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Dykinson.
- Labrador, F. J., Fernández- Velasco, R. y Rincón, P. P. (2006) Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 3, 527-547.
- Labrador, F. J. y Rincón, P. P. (2002) Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: evaluación de un programa de intervención. *Análisis y modificación de conducta*, 28, 905-932.
- Labrador, F. J., Rincón, P. P., De Luis, P. y Fernández- Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica*. Madrid: Pirámide.
- Mancoske, R., Standifer, D. y Cauley, C. (1994). The effectiveness of brief counselling services for battered women. *Research on Social Work Practice*, 4, 1, 53-63.
- Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. y Amigo, I. (2003) . *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Madrid: Pirámide.
- Rincón, P. P. (2004). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Rincón, P. P. y Labrador, F. J. (2004). *Violencia doméstica: programa de tratamiento para mujeres con trastorno de estrés postraumático*. Póster presentado al III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud. 24-27 de noviembre, La Habana (Cuba).

- Rincón, P. P., Labrador, F. J., Arinero, M. y Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 105-116.
- Schlee, K., Heyman, R. y O'Leary, D. (1998). Group treatment for spouse abuse: are women with PTSD appropriate participants. *Journal of Family Violence*, 13, 1, 1-20.
- Spitzer, R. L. y Williams, J. B. (1999). *Structured Clinical Interview for DSM-IV*. Nueva York: New York State Psychiatric Institute.
- Taylor, W., Magnussen, L. y Amundson, M. J. (2001). The lived experience of battered women. *Violence Against Women*, 7, 563-585.
- Tutty, L. M., Bidgood, B. A. Q. y Rothery, M. A. (1993). Support group for battered women: research on their efficacy. *Journal of Family Violence*, 8, 325-343.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 3, 403-422.
- Walker, L. E. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychology*, 54, 1, 21-29.
- Walker, L. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54, 1, 21-29.
- Zubizarreta, I., Sarasúa, B., Echeburúa, E., Corral, P., Sauca, D. y Emperanza, I. (1994). *Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico*. En E. Echeburúa (Ed.), *Personalidades Violentas* (pp. 129-152). Pirámide: Madrid.

